TRA

U

Par

Il nous a été do
l'hémophilie était
doublement rare d
de cette affection.

Avant de donne
pensons-nous, de r
rare que sa pathog

Le professeur de
travail dans la *Sem*
nous avons fait d
serait plus juste
d'employer le term
groupe morbide
malades à saigner
ment en dehors d

Historique : Cet
temps les plus rec
la transmission de
qu'au commencem
Otto, Rush, Board
maladie à part. E
attiré l'attention
sujet se sont suc
sa pathog

Étiologie : Comm
essentiels de l'hém
familles. Cette hér
générat . En ce

La Clinique (Hôpitaux de Bruxelles), Août, 1

2.

LIBRARY

TRAVAUX ORIGINAUX

Une famille d'hémophiliques,

Par le Docteur Émile DE WALSCHE.

Il nous a été donné d'observer une famille d'hémophiliques, où l'hémophilie était *héréditaire directement et surtout féminine*, fait doublement rare d'après les notions généralement admises au sujet de cette affection.

Avant de donner l'observation des cas, il ne sera pas sans intérêt, pensons-nous, de revoir rapidement l'histoire de cette affection aussi rare que sa pathogénie n'est obscure.

Le professeur de Bovis, de Reims, a publié sur ce sujet un intéressant travail dans la *Semaine Médicale*, en septembre 1905, travail auquel nous avons fait de nombreux emprunts. Cet auteur trouve qu'il serait plus juste de parler des *maladies ou états hémophiles* que d'employer le terme d'hémophilie tout court. Pour lui il existe un groupe morbide caractérisé par la tendance pure et simple des malades à saigner plus ou moins abondamment, plus ou moins facilement en dehors de tout état dyscrasique ou infectieux déterminé.

Historique : Cette singulière affection a été remarquée depuis les temps les plus reculés, mais c'est Albucasis qui le premier a signalé la transmission de cette diathèse par hérédité. Toutefois ce n'est qu'au commençement du XXIX siècle que les médecins américains Otto, Rush, Boardley, Hay en ont traçé l'histoire et en ont fait une maladie à part. En Allemagne, en 1845, les travaux de Nasse ont attiré l'attention sur elle; et, depuis, de nombreuses études sur ce sujet se sont succédées sans parvenir à dissiper l'obscurité qui entoure sa pathogénie.

Etiologie : Comme nous l'avons dit, l'hérédité est un des caractères essentiels de l'hémophilie. C'est l'apanage d'un certain nombre de familles. Cette hérédité n'est presque jamais directe, elle saute une génération. En ceci les observations que nous donnerons plus loin

constituent une exception à la règle. En outre, jusqu'au début du siècle dernier, les auteurs avaient été tellement frappés de l'étrange prédilection de la diathèse hémorrhagique pour le sexe masculin, que Nasse la fit passer à l'état de dogme. Sur une famille de Tenna, étudiée pendant près de trois siècles et composée de 400 personnes dont Hössli a écrit l'histoire, il y eut 26 hémophiliques, dont seulement 3 sujets féminins.

La famille Mampel, étudiée par Lossen pendant quatre générations et composée de 212 membres, a fourni 37 hémophiles, tous masculins.

La notre, que nous nommerons la famille X, comporte 9 personnes, toutes plus ou moins hémophiliques et toutes, sauf une seule, du sexe féminin. En ceci encore notre observation constitue une rareté et une exception à la règle.

On a remarqué, au point de vue de l'influence ethnique, que les races germaniques ou anglo saxonnes seraient plus souvent atteintes que les races dites latines. Notre famille est polonaise. On a, de plus, observé cette diathèse chez le nègre, aussi bien chez celui des Etats-Unis que chez celui d'Afrique. La race Israélite semble plus exposée que les autres, puisque selon Rothschild (de Munich), le Talmud, de Babylone, dispensait de faire circoncire un enfant dont les deux aînés auraient succombé à l'hémorrhagie.

Pour la transmission de la diathèse, les femmes sont, selon l'expression de Grandidier, meilleurs " conducteurs „ que les hommes et, comme nous l'avons dit plus haut, l'hérédité procède d'habitude par " bonds „ et saute une génération.

D'après ce qui précède, il est donc rare de voir une mère hémophile donner naissance à une fille hémophile. Or, c'est de cela surtout qu'il s'agit dans notre cas.

Quant à l'âge auquel l'hémophilie apparaît, pas une période de la vie ne met à l'abri du mal. Mende, Jardine, Müller, Comby l'ont observé chez les nouveau-nés. Les métrorrhagies des nouveau-nés dont nous avons observé différents cas, ne seraient-elles pas une première manifestation de l'état hémophilique ?

La répartition par âge semble indiquer certaines préférences (dans les vingt premières années de la vie).

Symptomatologie : L'hémophilie a pour symptômes essentiels : des hémorrhagies traumatiques ou spontanées extrêmement rebelles; des pétéchies, des ecchymoses, des tumeurs sanguines, des hémarthroses.

Les hémorrhagies traumatiques les plus rebelles se produisent à propos de blessures insignifiantes.

Les hémorrhagies spontanées se font le plus souvent par les muqueuses, aussi par la peau et surtout par les séreuses.

Les épistaxis figurent dans les statistiques pour la moitié des cas et pour le tiers des décès.

Les hémorrhagies buccales et intestinales viennent ensuite; les hémoptysies marchent en quatrième lieu ; les hématuries, les métrorrhagies, les écoulements de sang par le vagin, l'urèthre et par la pulpe des doigts terminent la série.

L'abondance et la durée des épistaxis des hémophiliques sont deux faits bien connus dans un cas de Kehrer, elles durèrent six semaines; dans celui de Cohen, deux ans.

Du côté de la bouche, elles se produisent surtout à l'occasion d'une avulsion dentaire et sont très rebelles également. Les gencives aussi saignent avec la plus grande facilité et la plus grande persistance chez ces sujets.

Du côté de l'estomac, la diathèse en question peut donner lieu à des crachements sanguinolents et à de vraies hématémèses. Du côté de l'intestin à du mélœna prolongé.

Les hémorrhoïdes ont rarement donné lieu à des pertes de sang prolongées.

Du côté de l'appareil urinaire, on peut avoir de l'hémophilie rénale, des hématuries typiques avec présence de globules rouges dans l'urine : elles sont l'indice d'une hémophilie grave et généralisée. Kolster, Schuman, Salter et Kehrer en ont rapporté des cas.

Du côté de la peau, on peut observer tout d'abord du purpura ou des taches pétéchiales. Mais le plus souvent on rencontre des " bleus, " de véritables hématomes sous-cutanés plus ou moins étendus. La simple pression d'une partie du corps suffit parfois pour les produire. Chez deux fillettes, observées par Kolster et Kehrer, des hématomes occipitaux et occipito-cervicaux s'étaient développés sous cette influence. Gesa Faludi en a observé récemment chez un enfant de quatre mois.

Lorsque l'hémorrhagie interstitielle est trop abondante, le sang s'accumule par places et forme des tumeurs sanguines qui peuvent atteindre le volume d'une tête d'enfant. Matzenbecher a cité le cas d'un jeune homme qui succomba à la suite d'une tumeur sanguine étendue à tout le tissu cellulaire du thorax.

Parmi les complications de l'hémophilie, les épanchements sanguins qui se forment dans les jointures et dont König a donné une excellente description, König, et en 1900 encore Manteuffel, disaient que ces hémarthroses hémophiliques étaient l'apanage exclusif de l'homme. Cependant Langelaan, Kalster, Legg, Cohen, Schumann, Jardine et Hamilton en ont cité des cas chez la femme.

Comme nos observations portent surtout sur des femmes, nous avons réservé pour la fin de ce chapitre symptomatologique les troubles qui peuvent se produire du côté des organes génitaux chez les femmes hémophiles.

D'après le professeur de Bovis, dans les familles hémophiles les femmes ayant échappé aux manifestations vulgaires de la diathèse, ont néanmoins une tendance à être menstruées de bonne heure et avec abondance. La réciproque n'est pas vraie, et même la précocité des jeunes filles hémophiles est en moyenne assez rare. Les ménorrhagies de la ménopause sont rares chez les hémophiles.

Chez les grandes hémophiles, les règles ou leur établissement sont l'occasion de pertes énormes.

Une malade de Legg eut à la suite d'une période, une ménorrhagie qui ne dura pas moins de six semaines. Nous avons observé plus d'une fois le même fait chez une de nos malades.

Mais cette métrorrhagie n'est rien à côté de celles que subit une malheureuse jeune fille observée successivement par M. Townsend et par M. Vickery : Les règles s'étaient établies à treize ans, durèrent si longtemps chaque fois que la malade avait besoin d'une centaine de serviettes et qu'elle succomba à 19 ans.

Les femmes hémophiles sont exposées aux mêmes dangers après la délivrance.

L'opinion de Grandidier, d'après laquelle les femmes hémophiles iraient habituellement à terme est sujette à une petite restriction : c'est vrai pour la plupart, mais pour les autres, c'est l'avortement en quelque sorte chronique qui devient leur partage. Chez celles-ci il est infiniment probable que la cause des fausses couches multiples doit être recherchée dans des hémorrhagies du chorion ou du placenta.

La grossesse chez les hémophiles est une période relativement favorable pour elles. Cela paraît paradoxal à première vue; mais si l'on réfléchit que la gestation amène une augmentation de la plasticité du sang, le phénomène s'explique.

Il n'en est pas de même pour les suites de couches, car la métrorrhagie les menace toujours.

Sur 150 délivrances on a eu 69 hémorrhagies *post partum* précoces avec lochies d'une durée anormale. Les hémorrhagies post partum éloignées sont plus rares. On ne s'étonnera pas que ces hémorrhagies puissent avoir des suites mortelles.

Enfin pour terminer le chapitre des hémorrhagies génitales disons que Wachsmuth vit une juive de vingt ans, issue de famille hémophile, succomber la nuit de ses noces à l'hémorrhagie provoquée par la déchirure de l'hymen.

Quand les hémorrhagies affectent pour siège la matrice gravide ou non, la difficulté de se rendre compte de visu de l'état de l'organe fait qu'on attribue le plus souvent les pertes à de la métrite, de la sclérose utérine, un polype, une fausse couche, etc. Or, dans bien des cas, c'est l'hémophilie qui est en cause; on peut s'en appercevoir à plusieurs indices dont les principaux sont : l'absence de toute lésion anatomique, les fausses couches antérieures, l'abondance habituell des menstrues, enfin l'existence d'hémorrhagies diverses chez la malade ou dans sa famille.

Le curettage dans des cas semblables ne donne absolument aucun résultat.

Pour le prof. de Bovis la ménopause peut réveiller la diathèse hémorrhagique et il pense que celle-ci entre pour une part assez notable dans la pathogénie des hémorrhagies de cette époque de la vie.

Pour finir, citons quelques cas remarquables par leur localisation :

Müller a vu une petite fille nouvellement née qui dès le soir de sa naissance fut prise d'un léger écoulement sanguin *des conjonctives*. Le lendemain on trouvait un caillot entre les paupières et le sang continuait à suinter. En dépit de tous les moyens employés l'enfant mourut exsangue le 4e jour.

En 1900, Kroukovsky signale un cas d'hémophilie de la *glande mammaire*.

Koch a signalé un fait analogue, mais en outre de l'écoulement sanguin des seins la malade en présentait par les oreilles, la gorge, le nez, la peau, etc.

Diagnostic : Les symptômes que nous venons de décrire sont assez caractéristiques pour empêcher de confondre l'hémophilie avec d'autres maladies qui s'accompagent de pertes de sang. Dans les

autres maladies généralement l'hémorrhagie n'est pas incoercible.

Marche et pronostic : L'hémophilie est essentiellement grave. Elle marche le plus souvent vers une terminaison funeste. Les hémorrhagies se rapprochant de plus en plus et étant de plus en plus difficiles à combattre. Mais la diathèse n'a pas toujours ce caractère fatal et souvent les hémorrhagies cessent à la suite d'une maladie intercurrente.

Anatomie et physiologie pathologiques : L'occasion de pratiquer l'autopsie de sujets morts d'hémophilie s'est présentée très souvent, mais ces recherches n'ont rien appris de positif au sujet des lésions anatomiques qui tiennent cette maladie sous leur dépendance. L'altération qui a été signalée le plus fréquemment est celle des vaisseaux sanguins. Elle a été reconnue par Hooper, Wilson, Schlieman, Virchow, Gavoy, Grandidier et bien d'autres. Tous ces auteurs admettent une altération congenitale de texture des petits vaisseaux. Celle-ci est caractérisée par la ténuité extrême des artérioles et plus particulièrement de leur tunique moyenne, laquelle est mince, transparente, a disparu sur certains points et a été remplacée sur d'autres par des plaques graisseuses.

Le sang a été plus souvent examiné que les vaisseaux et on n'y a pas trouvé d'altération constante. L'analyse chimique a donné des résultats tout aussi négatifs.

L'examen microscopique n'a pas été plus fructueux.

L'opinion la plus généralement répandue consiste à considérer cette disposition du sang à sortir des vaisseaux jusqu'à la mort des sujets, comme tenant à une autre cause qu'une altération de ce liquide.

Celle-ci ne peut intervenir que comme élément secondaire. La plupart des auteurs inclinent à croire que c'est dans la texture des vaisseaux qu'il faut chercher la cause de l'hémophilie. Ils pensent que l'amincissement des artérioles, que la disparition de leur tunique moyenne, ont pour effet d'affaiblir leurs parois, de leur enlever leur propriété contractile.

Grandidier et Wickham Legg, tout en reconnaissant l'atrophie de la tunique contractile des vaisseaux, accusent en même temps le système nerveux qui les anime. Ils croient que le défaut d'action des nerfs vaso-moteurs paralyse les capillaires et les met dans l'impossibilité de resister à la pression sanguine.

Enfin Lancereaux, se plaçant à un autre point de vue, range l'hémophilie dans la classe des affections nerveuses, à cause du

caractère mobile et capricieux des pertes de sang, de la constitution émotive des sujets qui les présentent et de l'influence qu'exercent sur leur retour toutes les causes qui troublent l'action du système vaso-moteur. Les troubles qui précèdent les hémorrhagies, les bouffées de chaleur, les palpitations, les vertiges, qui en sont les prodromes, tout, jusqu'à l'hérédité même, porte Lancereaux à attribuer à l'hémophilie une origine nerveuse.

Il est certain qu'une lésion de structure congénitale, et toujours la même, ne saurait rendre compte de la mobilité de ces phénomènes et de l'influence que les impressions morales exercent sur leur production.

Il est plus que probable que les deux éléments se trouvent associés et qu'une altération sanguine vient s'y ajouter.

Mais ce n'est là qu'une hypothèse.

L'an dernier, en Allemagne, M. H. Sahli s'est livré à de nouvelles recherches sur le sang de quatre hémophiles. L'examen morphologique démontra une diminution du taux des leucocytes polynucléaires neutrophiles avec prédominance des lymphocytes ; le nombre total des globules blancs était tantôt normal, tantôt légèrement diminué. Dans un cas, M. Sahli s'appliqua à déterminer le degré d'alcalinité du sang, le résidu sec du sérum et le point de congélation de celui-ci, sans constater aucune anomalie dans les résultats de ces diverses recherches. Chez le même malade l'auteur a pu s'assurer que la teneur du sang en fibrine était normale.

Par contre, la coagulation du liquide sanguin se montra, dans les quatre cas, considérablement ralentie, et cela à une époque où les patients ne présentaient aucune hémorrhagie. Cette particularité paraît tellement constante que M. Sahli lui attribue une valeur diagnostique. La différence avec le sang normal est surtout marquée lorsqu'on opère sur une quantité quelque peu considérable.

Les constatations contradictoires que l'on relève dans la littérature médicale, relativement à la rapidité de la coagulation du sang hémophile, semblent précisément dues, tout au moins en partie, à ce que les auteurs n'ont pas suffisamment tenu compte des deux conditions qui viennent d'être indiquées.

D'autre part, il faut utiliser le sang d'une plaie toute fraiche et choisir le moment où le malade n'a pas d'hémorrhagie.

Pour M. Sahli également la persistance de l'hémorrhagie en

outre de l'altération du sang, ne peut s'expliquer que par une anomalie des vaisseaux lésés.

Traitement : On peut, par un traitement persévérant et prophylactique, modifier la diathèse. Il faut défendre l'allaitement aux mères qui en sont atteintes, même défendre le mariage.

Relever l'état général des malades par une nourriture abondante et appropriée. Changement de climat, quitter les régions septentrionales. Préparations ferrugineuses. Le sulfate de soude comme dérivatif intestinal et hypotenseur a donné des résultats remarquables à Walhsmuth, Mutzenbecher, Pinger. Il va de soi qu'on ne peut l'employer que dans la période congestive; que pendant ou après l'hémorrhagie il serait dangereux.

Contre l'hémorrhagie on a utilisé tous les hémostatiques internes et externes.

Les injections sous-cutanées de serum gelatiné ne doivent être employées qu'avec les plus grandes précautions. Certains auteurs en ont obtenu de bons résultats, d'autres, dont de Bovis, n'en ont rien tiré. Sahli les désconseille même à cause des hémorrhagies sous-cutanées graves qui peuvent en être la conséquence. Sahli condamne aussi l'emploi hypodermique ou interne de l'adrénaline. Elle agit surtout en faisant contracter les fibres musculaires des vaisseaux, or, dans l'hémophilie le mal réside : 1° dans l'altération de ces fibres 2° dans l'absence de coagulabilité du sang.

Somme toute, c'est aux injections très chaudes, aux attouchements à l'adrénaline, à l'eau de Pagliari, au tamponnement ou la compression qu'on aura recours.

Dans les hémorrhagies *post partum* si ces moyens échouent de Bovis, Pincus et Stöckel conseillent la cautérisation de la cavité utérine à l'aide de la vapeur brûlante. Ils doivent des succès à ce procédé. Reste enfin la suprême ressource : l'ablation de l'organe qui saigne. Cette proposition paraît étrange. Pour de Bovis, en cas d'urgence absolue une telle tentative se justifie à cause des bizarreries que l'on rencontre chez les hémophiliques qui tantôt saignent et tantôt ne saignent pas. Ainsi, Pinsch et d'autres ont pu saigner des hémophiles. Townsend, enlever des polypes du naso-pharynx; Macnamara, amputer un sein; Senator, faire une nephrectomie; Switalski, une hystérectomie et Doutrelepont une ovariotomie; tout cela sans accidents hémorrhagiques et tous ces malades ont guéri.

Kehrer avait conseillé de faire avorter les femmes hémophiles pour éviter les hémorrhagies *post partum*. Mais c'est aller au devant de l'hémorrhagie; de Bovis trouve plus prudent d'attendre l'expulsion à terme, l'hémorrhagie n'étant pas fatalement certaine.

En cas d'hémorrhagie chez les hémophiles il ne faut pas compter sur le thermo ou le galvano cautère Ils arrêtent le sang pour un instant; mais il commence à filtrer peu après le long des bords de l'eschare et repart tout à fait quand elle se détache.

La ligature du tronc artériel est aussi infidèle, le sang continue à suinter par les capillaires. Le moyen par excellence c'est la compression quand elle est applicable.

Observations.

Nous allons donner maintenant rapidement nos observations qui sont en contradiction avec l'opinion la plus généralement admise et la loi de l'hérédité hémophilique formulée comme suit par M. H. Lossen l'an dernier dans la *Deutsche zeitschrift fur Chirurgie :* Les femmes ne sont pas hémophiles; mais c'est par elles, lorsqu'elles appartiennent à une famille hémophile qu'elles ont des oncles ou des frères maternels hémophiles, que se fait la transmission héréditaire.

Un hémophile qui épouse une femme indemne de toute tare de ce genre dans ses ascendants ou ses collatéraux n'a pas d'enfants hémophiles ; un homme indemne qui s'unit à une femme de souche hémophile aura des enfants atteints de la diathése hémorrhagique, ce qui ne veut pas dire bien entendu qu'ils en seront tous atteints.

La première malade, Madame X..., polonaise, agée de 60 ans, grande, forte et ayant toutes les apparence de la santé, a eu toujours une tendance à saigner longtemps quand elle se blessait (ce qui lui est arrivé rarement n'ayant jamais fait de travaux ou d'exercices un peu rudes). Règlée à 15 ans. Les époques furent toujours fort irrégulières; manquant parfois cinq, six mois et davantage, et quand elles survenaient elles se prolongeaient trois, quatre semaines et davantage et ne s'arrêtant que par le décubitus. Elle eût quatre enfants à terme sans hémorrhagies post partum (mais nous avons vu plus haut que la grossesse modifie la plasticité du sang et est plutôt favorable aux hémophiles. La ménopause s'est faite sans incidents facheux. Il y a deux ans environ on lui enleva un petit polype des fosses nasales. Cette opération fut faite par un de nos plus habiles

spécialistes et faillit coûter la vie à la malade par l'hémorrhagie intarissable qui suivit.

Madame X..., a eu quatre sœurs et un frère.

Trois des sœurs avaient comme elle une grande facilité à saigner, des menstrues fort irrégulières et à caractère métrorrhagique.

Une sœur fut dans sa jeunesse atteinte de tuberculose. Elle eût des hymoptysies répétées et fort longues à tarir. Vers 35 ans cette tuberculose s'arrêta et, à partir de ce moment, les règles qui avaient été irrégulières, séparées par de longs intervalles, prirent aussi un caractère franchement hémorrhagique et duraient un mois et six semaines.

Le frère, mort tuberculeux, saignait longtemps lorsqu'il se blessait et a eu des hémoptysies fort longues à arrêter.

Mme X... a eu quatre filles.

L'aînée, atteinte de tuberculose, à part quatre ou cinq hémoptysies, n'a jamais présenté de manifestations hémophiliques. Les règles ont toujours été régulières. Elle a eu trois accouchements normaux.

La seconde fille a le plus de ressemblance physique avec la mère, elle a 34 ans, grande, forte, mais d'un teint lymphatique. De tout temps elle a saigné longtemps à la moindre blessure. Le moindre heurt provoque un bleu assez étendu. Réglée à l'âge de 14 ans, elle a eu toujours, comme sa mère, des menstrues fort irrégulières. Cela ne la rend nullement malade. Nous l'observons depuis plusieurs années et les époques disparaissent parfois six mois, un an, dix-huit mois même ; puis reviennent brusquement et l'écoulement dure 3, 4, 6 semaines. Alors cela commence à lasser la malade, qui nous requiert, et le repos au lit, des injections vaginales chaudes de 45 à 50° centigrades et un peu d'ergotine *intus* mettent fin à la métrorrhagie en trois ou quatre jours. Un de nos plus réputés gynécologues, croyant sans doute à une lésion utérine, lui fit, il y a plusieurs années, un curettage sans aucun résultat.

La troisième fille a aussi des menstrues irrégulières, mais moins espacées que la précédente et durant moins longtemps (8 à 10 jours). Elle saigne aussi longtemps quand elle se blesse.

La quatrième fille n'a jamais présenté de signes d'hémophilie.

Tous les auteurs sont d'accord pour dire que chez la femme l'état hémophilique se caractérise surtout par des irrégularités des règles et l'apparence ménorrhagique de celles-ci en dehors de toute lésion utérine ou d'inflammation aiguë ou chronique de cet organe. C'est,

comme nous venons de le voir, le cas pour nos malades, à l'état desquelles, d'après les symptômes observés, nous pouvons appliquer l'étiquette d'hémophilie.

Ces cas nous ont paru en outre intéressants, parce que :

1° *Ce sont, contrairement à la règle, des sujets féminins* ;

et 2° qu'*ici l'hérédité est directe de la mère à ses filles* et ne procède pas par " bonds „ en sautant une génération selon la loi habituellement admise. Disons enfin pour finir que le mari de madame X..., n'était pas de souche hémophilique et n'a jamais présenté de manifestations de la diathèse hémorrhagique.

A PROPOS DES NOUVEAUX HOPITAUX DE BRUXELLES

La Société des chefs de service des Hôpitaux, réunie à nouveau, a entendu un rapport présenté par le Dr Depage et en a adopté les conclusions.

Le rapporteur s'est exprimé en ces termes :

Messieurs,

Dans notre premier rapport nous avons été unanimes à désapprouver le choix de Jette-Saint-Pierre pour *l'édification d'un* HÔPITAL UNIQUE pour la ville de Bruxelles.

Nos conclusions étaient : " dans les circonstances actuelles, si réellement „ un terrain approprié et assez spacieux pour la création d'un établissement „ idéal ne se trouvait pas à une distance raisonnable — et nous nous tenons à „ la disposition du Conseil pour examiner ce point — mieux vaudrait démolir „ les hôpitaux et la Maternité actuels et les reconstruire sur le territoire de „ Bruxelles. „

Mais, nous a-t-il été objecté : " une condition expresse du legs Brugmann exige la création d'un hôpital nouveau suburbain. „

Une autre condition aussi expresse : " les travaux doivent commencer le 1er octobre 1907. „

Nous recherchons aujourd'hui avec vous, Messieurs :

1° Les dimensions qu'il conviendrait de donner à nos futures installations hospitalières et la superficie de terrain qu'il faudrait leur réserver ;

2° L'emplacement et l'organisation des établissements hospitaliers urbains et suburbains.

A. — Dimensions. — Superficie du terrain.

La question des dimensions doit être étudiée au point de vue de l'importance de la population que l'hôpital sera appelé à desservir, et au point de vue du nombre de lits qu'il devra comporter.

Le Ministère de l'Agriculture (1) ne fixe aucun chiffre quant aux proportions à donner à un hôpital relativement à la population.

En France, " à défaut d'indications contraires, résultant de circonstances „ locales, on demande que la proportion de lits de malades nécessaires dans „ un hôpital pour assurer l'exécution de la loi du 7 août 1851, soit de 1 lit „ pour 500 habitants. D'autre part, la proportion des lits nécessaires pour „ l'exécution de la loi du 15 juillet 1893, s'évalue à 1 lit d'hôpital pour 1000 ou fraction de 1000 habitants de population rattachée. „

Drouineau (2), l'inspecteur général de l'Assistance publique, pose en principe que 1 lit à 1 1/2 lit pour 1000 habitants est suffisant. D'après Langlois (3) il faut un lit pour 750 habitants.

En Angleterre on estime que cette proportion doit être plus considérable. Oppert l'évalue à un minimum de 4 lits pour 1000 habitants, ce qui devrait donner près de 20,000 lits pour la ville de Londres.

Ces derniers chiffres nous paraissent plus en rapport avec la réalité ; toutefois des circonstances locales, telles que la fortune et la profession des habitants peuvent dans cet ordre d'idées imprimer des variations très grandes. Les villes industrielles, manufacturières ou minières, les villes maritimes doivent prévoir un nombre de lits maximum ; il en est de même des grandes cités, et particulièrement aussi des centres universitaires.

Voici d'ailleurs quelques chiffres indiqués par Burdett en 1893, relativement à cette question :

Angleterre.

Londres	4,221,452	24,000	5,68
Liverpool	517,116	1,160	2,24
Manchester	506,469	1,434	2,83
Birmingham	429,906	1,109	2,58
Leeds	369,099	504	1,36
Sheffield	325,304	448	1,37
Bristol	222,049	600	2,70
Bradford	216,938	479	2,20
Nottingham	212,662	298	1,40
Hull	200,934	194	0,96
Salford	198,717	249	1,25

(1) En Belgique, l'hygiène publique ressort du domaine de l'Agriculture.

(2) Drouineau. *Du classement des établissements hospitaliers.* (Paris, G. Masson, 1889).

(3) J.-P. Langlois, *Précis d'hygiène.* (Collection Testut, Paris, Doin, 1901.)

20cm
STAINLESS STEEL
24ColorCard
CameraTrax.com